

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930 - 1931 — N° 36

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
CHONDROMES DU BASSIN

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 17 Décembre 1930

PAR

Henri-Adrien-André MARÉCHAL

Né à POITIERS (Vienne), le 18 Janvier 1906

Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOIN, professeur	<i>Président.</i>
		GUYOT, professeur	<i>Juges.</i>
		PAPIN, agrégé	
		LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX
Imprimerie Victor CABBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1930



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930 - 1931 — N° 36

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
CHONDROMES DU BASSIN

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 17 Décembre 1930

PAR

Henri-Adrien-André MARÉCHAL

Né à POITIERS (Vienne), le 18 Janvier 1906

Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOUIN, professeur	<i>Président.</i>
		GUYOT, professeur	} <i>Juges.</i>
		PAPIN, agrégé	
		LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX
Imprimerie Victor CABBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX



M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH,
RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC, DENIGÈS.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	N.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	MAURIAC.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
	BÉGOUIN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie...	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique médicale des maladies des enfants.....	CRUCHET.
Anatomie pathologique et microscopie clinique..	SABRAZES.	Chimie biologique et médicale...	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMEN.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie..	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	PETGES.
Hygiène.....	AUCHE.	Clinique des maladies des voies urinaires...	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie..	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales...	ABADIE.
Electroradiologie et élin. d'électricité médicale..	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale...	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	{ DUBECQ. DUFOUR.	Maladies mentales.....	{ PERRENS. PAPIN.
Histologie.....	LACOSTE.	Chirurgie générale.....	{ JEANNENEY CHARRIER.
Anatomie pathologique.....	MURATET.		{ LOUBAT. PÉRY.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	Obstétrique.....	{ N. BEAUVIEUX.
	{ CREYX. AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	JOULIA.
Médecine générale.....	{ DAMADE. PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie...	GOLSE.
	{ DELMAS-MARSALET	Pharmacie.....	VITTE.
		Chimie générale pharmaceutique et toxicologie.....	

COURS COMPLEMENTAIRES

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture	FAUGÈRE.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et Préparations pharmaceutiques.....	N.
Accouchements.....	N.	Pharmacie chimique.....	GOLSE.
Ophtalmologie	CABANNES.	Zoologie et Parasitologie	R. SIGALAS.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.....			N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

DE MON ONCLE

ET DE

MA TANTE PÉRILLAUT DE CHAMBAUDRIE

*Pieux témoignage de ma profonde
reconnaissance.*

A MON PÈRE
A MA FEMME
A MES BEAUX-PARENTS

Hommage de ma grande affection.

A MON ONCLE CAMILLE BAFFOU

CROIX DE GUERRE

*En souvenir du Docteur Lafond,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Chirurgien au 7^e Cuirassiers, et des
Hôpitaux militaires de Rochefort,
Dijon, Metz.*

A TOUS LES MIENS

En gage de mon attachement.

A MONSIEUR J. LAULAN

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

A MES AMIS

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES HOPITAUX

A MES JUGES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ F. PAPIN

CHARGÉ DU COURS COMPLÉMENTAIRE DE MÉDECINE OPÉRATOIRE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-ANDRÉ
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BÉGOUIN

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

Nous sommes heureux, au moment de présenter ce travail, fin de nos études universitaires, d'adresser ici nos sincères remerciements à nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux de Bordeaux. Ils nous ont toujours guidé avec bienveillance et nous leur devons notre éducation médicale. Parmi eux, il en est deux que les hasards de notre vie scolaire nous ont permis de connaître et d'apprécier tout particulièrement, M. le Professeur Bégouin et M. le Professeur agrégé Papin.

M. le Professeur Bégouin nous attira dans son service par sa science et son grand bon sens : nous avons toujours beaucoup admiré l'esprit clair et simple avec lequel il résolvait tous les problèmes, même les plus ardu, que la pratique hospitalière nous soumettait chaque jour. Quant au Professeur agrégé Papin, il fut pour nous un maître aux explications toujours précieuses, un conseiller aimable qui nous traita toujours en ami : c'est à lui que nous sommes redevables du sujet de cette thèse.

Nous n'oublions pas non plus comment nous débutâmes en médecine chez le Professeur R. Cruchet, et nos premiers stages en chirurgie chez le Docteur Rabère. Tous deux nous reçurent avec la plus grande bonté et nous donnèrent l'occasion d'apprécier leurs brillantes qualités professionnelles : qu'ils soient donc remerciés ici pour leur accueil si bienveillant et leurs justes conseils.

Nous remercions également M. le Professeur H.-Louis Rocher qui a bien voulu nous communiquer une observation, et le Docteur Michiels, de Saint-Savin (Vienne), auquel nous sommes redevables d'une observation inédite.

Enfin, nous prions M. le Professeur Bégouin d'agréer l'hommage de notre sincère reconnaissance, pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES CHONDROMES DU BASSIN

INTRODUCTION

Le chondrome du bassin, tumeur cartilagineuse développée au niveau des os de la ceinture pelvienne, se rencontre plus fréquemment que l'on serait tenté de le croire : en parcourant la littérature médicale, nous avons trouvé des cas publiés dès 1825, mais c'est surtout à partir de 1860 que les publications se font plus nombreuses et peut-être aussi plus précises. C'est en 1865 que les cas de Landéta et de Molinier, tous deux très typiques, figurent au *Bulletin de la Société Anatomique de Paris*. Une thèse de François, en 1876, traite de ce sujet, repris en 1899 par Blanchet dans une thèse de Lyon; enfin, de nos jours, des auteurs lyonnais se sont intéressés à cette question, puisque parmi nos observations, nous en rapportons trois, publiées, la première en 1922, par Tavernier, et les deux autres, en 1930, par Durand et Patel. Nous rapportons également une observation inédite, et enfin un dernier cas dû à M. le Professeur agrégé Papin et publié en 1927. On voit donc que ce sujet a reconquis un gain d'actualité : ceci est dû pour une part non seulement à l'examen anatomo-pathologique devenu plus précis et plus sûr, mais aussi au diagnostic radiologique qui permet d'affirmer la présence du chondrome sur le vivant et donne ainsi des indications opératoires plus nettes et souvent plus précoces.

Les auteurs étrangers se sont aussi beaucoup intéressés à cette question, témoin les observations que nous reproduisons d'après les Anglais Clarke, Eve, et d'après les Allemands Engelman, Zeltner, Witzel, etc.

Nous nous sommes efforcés de rapporter des cas de chondromes du bassin, purs : histologiquement, il est, en effet, assez rare que l'on ait affaire à une tumeur purement du type cartilagineux : pour Ziègler, à l'enchodrome se mêlerait toujours plus ou moins de tissu fibreux, osseux, ou sarcomateux; dans notre observation XIX, l'examen anatomo-pathologique fait par M. le Professeur Sabrazès, mentionne également la présence de tissu fibreux et osseux avec une masse cartilagineuse au centre; mais, quoiqu'il en soit, on ne saurait refuser aux tumeurs cartilagineuses du bassin une allure clinique un peu particulière et une évolution spéciale, ne fut-ce que par la lenteur de la marche et la rareté des généralisations.

L'histoire clinique des chondromes du bassin, au moins pour ceux qui grandissent à l'extérieur de la cavité pelvienne, a donc sa physionomie propre et depuis longtemps bien mise en relief par Dolbeau, François, Blanchet, et d'autres encore. Parcourant avec soin la littérature médicale, nous avons réussi à recueillir dix-neuf observations, les plus récentes, et qui nous ont paru les plus typiques. Nous allons les passer en revue et tâcher d'en déduire :

- L'étiologie,
- L'anatomie pathologique et la pathogénie,
- Les symptômes,
- L'évolution,
- Le pronostic et le diagnostic,
- Et enfin, le traitement.

Nous ne tenons, au point de vue des symptômes et du diagnostic, qu'à apporter quelques faits nouveaux qui ne forment en somme que confirmer des points déjà découverts et établis.

Notre prétention sera tout aussi modeste au point de vue de l'étiologie et du pronostic : le nombre d'observations des tumeurs cartilagineuses du bassin est encore trop restreint pour qu'on puisse en tirer des conclusions fermes. Nous ne ferons que mettre en relief certains points qui nous ont paru ressortir des observations que nous avons étudiées et, tout particulièrement, au point de vue du traitement.

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATIONS

Nous avons rassemblé ici les observations qui nous ont paru les plus instructives et les plus nettes. Toutefois, nous tenons à dire que, pour quelques-unes d'entre elles, le diagnostic clinique a pu seul être porté et que « la preuve » anatomo-pathologique manque; nous avons même écarté quelques observations qui nous paraissaient douteuses, tenant autant que possible à nous rapprocher du type histologique et clinique bien individualisé du chondrome du bassin.

OBSERVATION I

(Landéta. — *Bulletin de la Soc. anatomique de Paris*, 1861.)

L..., blanchisseuse, 32 ans, femme maigre, de constitution faible, qui dit n'avoir jamais eu de maladie grave. Pas d'affection semblable du côté des parents. Entrée à l'hôpital le 1^{er} mars 1861. Depuis trois mois, elle éprouve une grande fatigue au membre inférieur droit, parfois avec une douleur sourde, jamais d'élancements, jamais d'œdème.

A l'examen, on voit une déformation du membre à sa racine. La région du pli de l'aîne se trouve comblée en dedans par une tumeur volumineuse qui se prolonge dans la région interne de la cuisse en dedans, et dont les limites inférieures correspondent à l'extrémité inférieure du triangle de Scarpa; les limites supérieures se perdent dans la fosse iliaque interne d'un côté, et dans l'intérieur du vagin de l'autre. Au toucher vaginal on voit, en effet, que cet organe est repoussé à gauche de la ligne médiane. En saisissant cette tumeur entre les deux mains on ne perçoit pas de battements et l'on reconnaît son adhérence profonde au pubis. Sa surface est inégale avec des bosselures. Les mouvements de l'articulation coxo-fémorale sont conservés. Les fonctions de la vessie et du rectum s'exécutent parfaitement, mais la menstruation est suspendue depuis quelques mois. On a diagnostiqué une tumeur cartilagineuse du bassin, et on n'a jamais eu l'idée de l'opérer.

La tumeur a fait peu à peu des progrès évidents et, vers la fin de mars, le pied devient œdémateux. Au mois d'avril, les grandes lèvres, s'œdément, puis les parois abdominales, enfin le membre inférieur du côté opposé. L'état général s'aggrave, l'appétit se perd, la malade devient de plus en plus maigre, et la mort survient par marasme le 17 avril.

A l'autopsie, l'artère crurale est parfaitement saine, les ganglions lymphatiques sont durs, nacrés et d'aspect cartilagineux; le calibre de la veine fémorale est rempli d'une production très dure et élastique qui se continue en haut dans la veine iliaque. On remarque également des masses cartilagineuses dans le pectiné et le petit adducteur. La tumeur elle-même est formée de trois lobes dont la base répond au pubis et dont le sommet se perd dans l'épaisseur de la cuisse. L'articulation est saine. La vessie, l'utérus et les ovaires présentent également des points blanchâtres, durs et nettement cartilagineux.

OBSERVATION II

(Molinier. — *Bulletin de la Soc. anatomique de Paris*, 1865.)

Laurent, Marie-Céline, 34 ans, blanchisseuse, entrée à l'hôpital le 15 janvier 1865; il y a six mois, la malade a senti dans la fesse droite une tumeur grosse comme un œuf de pigeon, qui a augmenté peu à peu; cette femme étant enceinte, n'a subi aucun traitement. Accouchement normal le 29 décembre.

A l'examen, on note une tumeur située à l'arrière d'une ligne passant par le grand trochanter et l'épine iliaque antérieure et supérieure. Elle est lisse, de consistance molle, hémisphérique et présente une fluctuation obscure. Pas de douleur à la pression. La malade ressent depuis le début, des élancements sur le trajet du sciatique poplité externe. La tumeur n'est pas mobile et semble adhérer à l'os.

La malade est maigre et pâle. La peau de sa face est d'un blanc mat. Une ponction exploratrice ne donne d'abord aucun résultat, puis, il sort un peu de liquide jaunâtre.

Le 5 février, la tumeur a augmenté de volume, la fluctuation semble plus manifeste, pas de douleur à la pression. On évacue d'un coup de bistouri un peu de liquide de même nature que la première fois. La malade s'affaiblit de plus en plus et meurt le 7 février.

A l'autopsie, aucune lésion dans les cavités abdominale et thoracique. La tumeur adhère par un large pédicule à la partie postérieure de l'os iliaque : en somme, tumeur cartilagineuse à marche assez rapide, le développement s'étant fait en sept mois, et ayant déterminé un état cachectique et la mort.

OBSERVATION III

(In Thèse François, 1876, Paris.)

Marie C..., 74 ans, journalière. Cette femme ne donne aucun renseignement. A l'inspection, on note un œdème très prononcé des membres inférieurs et de la paroi abdominale jusqu'à l'ombilic; la peau de l'abdomen est sillonnée de veines

très grosses et très nombreuses, dans lesquelles le cours du sang se fait de bas en haut : cette direction du cours du sang montre qu'il y a un obstacle à la circulation de la partie inférieure de la veine-cave.

A la palpation, on sent deux tumeurs : l'une du côté droit, dans la fosse iliaque, du volume des deux poings, rénitente, élastique, donnant la sensation d'une poche remplie de liquide; l'autre, du côté gauche, dans la fosse iliaque gauche, ayant à peu près le même volume, mais celle-ci est bosselée, irrégulière et plus dure. Cette dernière tumeur paraît être constituée par une masse solide. Au toucher vaginal, le col est élevé et on sent, en avant et en arrière du col, une tumeur rénitente. Le diagnostic qui semblait le plus probable était celui d'une tumeur fibro-kystique de l'ovaire; dans les jours suivants, la malade mourut dans un état de marasme.

A l'autopsie, sous la vessie déjetée à droite et très distendue (c'était la première tumeur que l'on sentait à droite), apparaît une tumeur reliée par des bandes fibreuses au gros intestin; cette masse, du volume des deux poings, commence au-dessous du rein droit, atteint inférieurement l'arcade crurale, limitée en dedans par la ligne médiane. Cette tumeur est fluctuante; elle s'offre sous la forme d'une poche dont les parois sont formées par le psoas dont les fibres de couleur noire sont amincies et distendues. La poche incisée, donne naissance à une grande quantité de liquide couleur chocolat; ce liquide, une fois évacué, on voit la véritable tumeur sur la surface de laquelle existe une matière analogue à du pus concret.

La tumeur occupe toute la fosse iliaque interne, elle fait corps avec l'os; sa couleur est jaunâtre, sa consistance très dure. En l'extirpant, on remarque que la cavité cotyloïde gauche est perforée; l'articulation coxo-fémorale est saine, la tête du fémur également. L'examen des viscères n'offre rien de particulier.

OBSERVATION IV

(In Thèse Blanchet.)

Homme de 29 ans, originaire de la Maurienne. Il est porteur, depuis dix ans, d'une tumeur de l'os iliaque gauche qui aurait subi, depuis deux ans, une poussée de développement aiguë.

Actuellement, cette masse qui a la forme d'un tonnelet ou d'une outre gonflée, reposant sur la hanche gauche du malade, a des dimensions en largeur presque égales à celles du tronc à ce niveau là. Les contours en sont arrondis, un peu bosselés avec quelques saillies plus accuminées; ils masquent complètement ceux de l'os iliaque correspondant et des régions fessières et crurales gauches. En haut, la tumeur remonte jusqu'au niveau d'une horizontale passant à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. En bas, elle arrive à l'union du quart supérieur et des trois-quarts inférieurs de la cuisse. La peau n'est ulcérée en aucun point, mais elle est par place livide et distendue.

De grosses veines de circulation collatérale sillonnent les téguments, surtout au voisinage du pli de l'aîne. La consistance de cette masse est solide, avec des points très résistants, presque pierreux; la tumeur est très solidement adhérente, et par une large base, à l'os iliaque gauche dans lequel elle s'est développée, au dire même du malade. Elle ne semble pas encore avoir envahi l'extrémité supérieure du fémur et la marche est encore possible, peu douloureuse. La claudication que présente le malade n'est pas celle d'une luxation de la hanche par envahissement de la cavité cotyloïde, elle est due à l'envahissement maximum des muscles pelvi-trochantériens par la tumeur.

On ne trouve pas de noyaux métastatiques à distance, ni de masses ganglionnaires le long des vaisseaux, ni le long de la colonne.

Le malade est très amaigri, il a une teinte cachectique des téguments et, pourtant, n'accuse aucun trouble du côté des os (colonne vertébrale), ou des viscères (poumons, foie) qui permet de conclure à une généralisation.

Actuellement, il serait impossible de rien tenter comme opération d'exérèse.

OBSERVATION V

(In Thèse Blanchet.)

Jean A..., 50 ans. Aucun antécédent, ni héréditaire ni personnel. Depuis trois mois, le malade a remarqué que ses matières sont rubannées; à ce moment-là, il n'y avait ni douleur, ni rectorrhagies, ni constipation, ni troubles urinaires. Il y a huit semaines, à la suite d'un écart de régime, le malade ne put uriner le lendemain matin. Il prit de la tisane et put uriner le soir. Pas d'hématuries. Ce jour-là, il ne put aller à selle et fut obligé de prendre un lavement; depuis lors, il ne peut aller à selle qu'avec un lavement. Les matières ne sont pas dures, mais toujours rubannées; depuis cette époque, le malade souffre dans la région anale et la région vésicale. Pas de douleur en urinant, pas de rectorrhagies ni d'hématuries.

Au toucher, on constate une tumeur énorme, dure, sans points fluctuants, sans bosselures, développée au niveau de la prostate; le doigt est serré entre la tumeur et le squelette postérieur.

Le rectum est sain mais fortement comprimé. L'exploration abdominale antérieure permet de constater que la vessie n'est pas touchée, mais que la tumeur est plus volumineuse à droite et paraît se prolonger avec le bassin.

Pas d'adénopathie, pas de ganglions sus-claviculaires. Pas d'amaigrissement, pas de teinte cachectique. Urines normales : ni albumine ni sucre.

Le diagnostic porté est celui de tumeur pelvienne, d'un chondrome intra-pelvien probable. Le malade part avec un traitement tonique : on refuse toute intervention.

OBSERVATION VI

(Kiskmann. — Traduit de l'allemand.)

Mademoiselle G..., âgée de 20 ans, primipare, fut transportée en travail dans l'institution le 8 avril. Un médecin qui l'avait examinée le 2 avril l'avait envoyée pour une tumeur du bassin. La parturiente déclara aussi qu'elle s'était aperçue, pendant la grossesse, de l'accroissement d'une tumeur dans la région de l'aîne droite. A l'examen extérieur, on trouve, apparemment placée sur la branche droite supérieure du pubis, une tumeur dure de la grosseur d'un œuf d'oie qui ne se laisse pas déplacer. A l'examen interne, on retrouve cette tumeur, s'étendant du côté droit du bassin et remplissant tellement la cavité pelvienne qu'il n'y a plus, à gauche, qu'une fente en forme de croissant et large de deux centimètres et demi, à travers laquelle on peut, avec la pointe des doigts, atteindre le museau de tanche.

On fit une césarienne; l'utérus était dans une situation frappante, son bord gauche regardait à droite et en avant, de sorte que l'ovaire gauche se trouvait à peu près à la ligne blanche de l'abdomen.

La malade mourut le 16 avril : l'autopsie montra qu'il s'était déclaré une péritonite purulente.

OBSERVATION VII

(Roux. — Congrès français de chirurgie.)

Emile M..., 38 ans. Opéré le 3 novembre 1887. Début en 1885 par des douleurs sur le trajet du nerf sciatique, s'exagérant la nuit et après des travaux pénibles. Le malade remarque alors une tumeur à la sortie du nerf sciatique, dure et immobile. Peu à peu, la tumeur grossit et les douleurs augmentent. Hérédité nulle.

En septembre 1887, tumeur énorme, en dehors des vaisseaux fémoraux, à dix centimètres au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure s'engageant dans le bassin sous le ligament de Poupart et sous le tenseur du fascia lata et

formant une masse arrondie à surface lisse, de consistance ferme, rénitente, qui suit la crête iliaque, puis retombe en bas derrière le trochanter pour pénétrer ensuite dans l'échancrure sciatique et enserrer le col du fémur. Les mouvements de la cuisse sont bien conservés. Atrophie du membre considérable.

A l'opération, on circoncrivit l'os iliaque et on le sépara de ses connexions en ne conservant qu'un fragment de l'ischion; le temps difficile de cette opération, qui dura trois heures, fut la séparation de la tête fémorale qui fut dénudée de son cartilage et sectionnée obliquement.

Résultats : le malade put se lever au bout de deux mois. Il a pu reprendre ses occupations, il frappe du talon, mais il boîte à la façon des reséqués de la hanche et se tient sur la jambe droite seulement.

OBSERVATION VIII (F. Eve. — Traduite de l'anglais.)

(In transactions of the pathological Society, London, 1885.)

Enchondrome du bassin : pièce anatomique présentée au collège royal des chirurgiens par F. Eve.

« Le bassin est rempli par un énorme enchondrome qui se projette comme une énorme masse arrondie, repoussant le péritoine devant lui et la vessie et le rectum vers la gauche.

» La tumeur part de la région du pubis droit et encercle complètement l'ischion : elle envoie un prolongement à travers le trou obturateur droit et l'échancrure sciatique. La vessie, tant dans sa partie haute que basse, est repoussée vers la gauche; la portion membraneuse de l'urètre est amincie et allongée.

» Le rectum est très fortement comprimé. La tumeur est dure et semble en partie calcifiée : microscopiquement, elle est constituée par du cartilage hyalin. »

Cette pièce provient d'un homme de 32 ans que l'on vit pour la première fois en janvier 1883, et qui se plaignait à ce moment-là, d'une douleur sourde, mais constante, dans le

flanc droit, et d'une constipation opiniâtre depuis six à huit mois. On trouvait à l'examen une grosse tumeur, s'implantant sur le pubis et l'ischion, atteignant la hauteur de l'ombilic et repoussant la vessie à gauche.

En avril, la rétention d'urine devint complète et l'homme ne put uriner que par cathétérisme; la défécation devint de plus en plus difficile; de plus, l'homme se mit à souffrir de la jambe droite qui s'œdématisa. Les douze derniers jours de sa vie, la rétention d'urine et des matières fut totale et il mourut en juin 1884, avec tous les symptômes de l'urémie.

Son père avait eu une exostose considérable au niveau du maxillaire supérieur, et une sœur aînée avait une scoliose avec une grosse déformation du bassin.

OBSERVATION IX (traduite de Clarke).

(Clarke. — In *St. Thomas Hosp. Rev.*, 1887, London.)

Femme d'âge moyen. On n'avait que peu de renseignements sur elle, si ce n'est que, lorsqu'elle se présenta à la consultation, elle était affligée, depuis trois ans, d'une tumeur au-dessus de la hanche, que la croissance de cette tumeur fut graduelle et empêcha peu à peu les mouvements. Sa santé générale s'affecta par degrés.

La tumeur avait évidemment son origine dans l'os; on pouvait la suivre depuis l'extérieur du pelvis, par-dessus la crête iliaque, jusqu'à l'intérieur du bassin où elle empiétait sur les viscères y contenus. Etat général mauvais : teint jaunâtre, perte de l'appétit et du sommeil. On fit le diagnostic de cancer médullaire de l'os, mais elle vécut un temps considérable à l'hôpital et la nécropsie montra qu'on s'était trompé.

En effet, la tumeur était complètement limitée à l'os et englobait tout l'os innominé; la crête iliaque et certaine partie de l'ischion étaient les seules régions qui conservaient leur structure normale. Microscopiquement, c'était bien un enchondrome pur. Le rectum, le vagin et la vessie étaient déplacés, les uretères étaient dilatées et épaissies.

OBSERVATION X (Résumée)

(Villeneuve. — In *Marseille médical*, 1890.)

Tess..., 30 ans, cocher, entré le 31 mai 1889. Bonne santé habituelle. Il raconte que, en 1882, après avoir passé une nuit dehors, exposé à l'humidité, il se mit à souffrir de la partie inférieure du ventre; il est très constipé depuis lors, mais ce n'est qu'en 1888 qu'il s'aperçut d'une tumeur dure, siégeant au-dessus de l'aîne droite. La tumeur a augmenté lentement de volume.

Etat actuel : au-dessus de l'arcade crurale droite, on constate, en déprimant la paroi abdominale antérieure, en dehors de l'artère iliaque externe, une tumeur dure, grosse comme une mandarine, immobile, s'enfonçant dans le petit bassin derrière le pubis auquel elle semble adhérer.

On opère le malade le 1^{er} juin, on enlève en même temps que la tumeur un ganglion lymphatique gros comme une noisette; drain; réunion. Les jours suivants, formation d'une fistule stercorale qui résiste aux cautérisations et à l'électrolyse; le malade put reprendre son travail en avril 1890, mais la fistule existait toujours.

OBSERVATION XI

(In Thèse Blanchet, Lyon, 1900.)

Jean P..., 52 ans. Père âgé de 84 ans. Mère morte à 70 ans d'une maladie de cœur, ayant eu au niveau du ligament rotulien antérieur, de petites tumeurs dures.

Bonne santé antérieure. Depuis vingt ans, ce malade a remarqué aux deux genoux, sur le trajet du ligament rotulien, la présence de petites tumeurs dures. Il n'en a jamais souffert.

Il y a dix ans, apparition de tumeurs semblables au niveau des tendons d'Achille, au niveau des tendons du triceps, sur la main gauche, sur l'annulaire. En septembre 1892, ce malade est pris de douleurs sourdes, s'irradiant le long du sciatique; le malade est un peu gêné pour marcher. Il y a également gêne de la défécation et de la miction.

Actuellement le malade, qui a un assez bon état général mais qui a un peu maigri, présente une tumeur, semblable à un gros ganglion, située sur l'arcade de Fallope. A la palpation abdominale, on sent dans la fosse iliaque gauche une volumineuse tumeur à contours nets et durs. Le malade quitte l'hôpital sans que l'on soit intervenu.

OBSERVATION XII

(Traduite de Zeltner, *Dissertation inaugur.*, Erlangen, 1898.)

Homme de 54 ans, qui consulta pour la première fois un médecin, un an et demi avant sa mort; il se plaignait surtout de douleurs à la jambe droite, consistant en paresthésies durables, en sensations de fourmillements qui augmentèrent peu à peu d'intensité; de même les troubles de motilité s'accrurent et, enfin, apparut l'atrophie de cette jambe. Pas d'œdème ni de stase.

La vessie et le rectum étaient troublés dans leurs fonctions. Il fallut, dans les derniers temps surtout, sonder régulièrement le patient. La constipation était opiniâtre.

Le malade est très amaigri; les parois de l'abdomen sont distendues par une tumeur arrondie du diamètre de 18 à 20 centimètres. Tout le petit bassin est rempli par une tumeur plus grosse qu'une tête d'enfant. Le rectum est refoulé. La tumeur passe à travers le trou obturateur et fait saillie dans le pli de l'aîne.

A l'autopsie, on trouve un chondrome du bassin, ramolli; l'intestin est repoussé en haut, la tumeur lui est agglutinée, la vessie est comprimée; il y a de l'hydronéphrose des deux côtés avec pyélo-néphrite. Enfin, le rectum, vide de matières, est également fortement comprimé par la tumeur. Le point d'implantation du chondrome a lieu dans la région de la symphise; il fait saillie au-dessus du pubis, en imitant assez bien un utérus gravide.

OBSERVATION XIII

(Tavernier, *Lyon chirurgical*, 1922, page 330.)

Enfant de 11 ans, traité pour coxalgie actuellement guérie. Il y a cinq mois on remarque une tumeur dure, à cheval sur la fosse iliaque droite et le petit bassin, fixée, et qu'on hésite à rapporter à une adénite tuberculeuse ou à une exostose.

Des masses plus petites, mais analogues, s'échelonnaient sur le flanc droit de la colonne lombaire, perceptibles à la palpation abdominale.

Ces tumeurs ont, depuis, grossi régulièrement; celles de la colonne ont le volume de gros marrons; celle du bassin, dont le toucher rectal permet la palpation bimanuelle, est du volume d'une orange, de consistance dure et élastique, fixée au bassin au niveau du fond de la cavité cotyloïde. A la radiographie, ces tumeurs étaient très transparentes, ayant l'aspect pommelé caractéristique des chondromes; ces pommelures sont irrégulières, avec des noyaux opaques évidemment osseux ou calcifiés, mais assez éloignés de tout contact osseux et plongés par conséquent au sein d'une masse cartilagineuse.

Ces productions ne s'accompagnent encore d'aucun trouble fonctionnel, mais leur développement, qui paraît régulier et rapide reste assez inquiétant.

OBSERVATION XIV (traduite et résumée de l'allemand).

(Witzel, *Arch. Für. Klin. chir.*, Berlin, 1924.)

Il s'agit d'une femme de 30 ans, dont les antécédents héréditaires sont mal connus. Bonne santé antérieure, mais gêne progressive de la marche par suite de l'apparition de la tumeur il y a plusieurs années.

A l'examen, la tumeur était plus grosse qu'une tête de fœtus et adhérait fortement au plan profond du côté du pubis; elle était dure et limitée, sans circulation veineuse superficielle.

On diagnostique un chondrome du bassin et on décide

d'une intervention chirurgicale : après une opération longue et pénible qui nécessita une résection étendue de l'arc antérieur du bassin, la malade eut des suites opératoires assez bonnes.

Les résultats fonctionnels au bout de trois mois furent nettement meilleurs qu'on aurait pu le penser et la malade pouvait marcher.

OBSERVATION XV (Résumée)

(H.-L. Rocher. — *Bordeaux Chirurgical*, octobre 1930)

Fillette de sept ans et demi, présentant de nombreuses tumeurs chondromateuses :

au niveau des bulbes inférieurs des fémurs droit et gauche ;
— des bulbes supérieurs tibiaux droit et gauche ;
— du bulbe inférieur tibial gauche ;
— du bord spinal des omoplates ;
— du bulbe supérieur de l'humérus droit, et, enfin,
au niveau des mains, métacarpiens, phalanges, phalanges, phalangettes.

La radiographie permet de déceler également une volumineuse enchondromatose des os iliaques.

Cette lésion évoluait depuis l'âge de huit mois et nécessita une intervention chirurgicale au niveau du bulbe fémoral gauche, avec exérèse de la tumeur, et mise en place d'un greffon segmentaire prélevé sur le péroné.

OBSERVATION XVI

(Durand. — *Société de Chirurgie de Lyon*, 22 mai 1930)

Femme de 37 ans, portant dans les adducteurs de la cuisse gauche une tumeur du volume d'une tête fœtale. Cette tumeur dure et bosselée, avait été constatée par la malade quatre ans auparavant et avait grossi lentement mais progressivement ; la masse avait paru englober le corps même du pubis, mais restait suspendue à la face exopelvienne de cet os ; aucun prolongement profond.

A la radiographie, on voyait l'aspect caractéristique d'un chondrome adhérent au pubis. — Opération le 31 mars 1922 : Résection de la branche ilio-pubienne. Pas de complication post-opératoire, cicatrisation rapide. A l'examen histologique, chondrome pur.

Les résultats fonctionnels dès les premiers mois furent assez bons, mais la malade éprouvait des douleurs au niveau de la symphise sacro-iliaque. Elle s'accoutuma cependant assez vite et la marche s'effectua bientôt très régulièrement. La brèche considérable créée dans le bassin, permit l'issue d'une volumineuse hernie, difficile à maintenir, assez gênante, mais sans cure opératoire possible.

Par la suite, cette tumeur a récidivé deux fois en huit années; une première fois on put enlever facilement la récidive; cet été, nouvelle intervention, cette fois, sur une masse grosse comme deux poings, développée dans les muscles adducteurs et sans attache osseuse.

La malade a très bien supporté ces différentes interventions et est en excellent état.

OBSERVATION XVII

(Patel. — *Lyon Chirurgical*, sept.-oct. 1930)

Homme de 49 ans, atteint d'une tumeur volumineuse de la partie interne de la racine de la cuisse droite. Cette tumeur serait survenue progressivement à la suite d'une chute n'ayant pas provoqué de douleur vive au début.

Aucun antécédent pathologique. — A l'examen, la tumeur présente le volume d'une tête d'enfant; elle oblige le malade à porter la cuisse en dehors; aucune modification des plans superficiels, pas de circulation veineuse anormale. A la palpation, tumeur dure et rénitente, avec des contours nets, pas de zones de ramollissement. Elle s'attache au bassin et est indépendante du fémur. Le toucher rectal montrait l'existence d'un prolongement qui offrait les mêmes caractères; il passait par le trou obturateur au pourtour duquel il s'insérait fortement.

Aucun signe viscéral, aucun signe de compression des vaisseaux et des nerfs. Le diagnostic d'enchondrome (peut-être en voie de dégénérescence) fut porté.

Intervention le 5 avril 1930 : une incision en L renversé fut pratiquée avec un grand volet cutané. Désinsertions du moyen et grand adducteur au niveau du pubis; après les avoir réclinés on aperçoit nettement la tumeur cartilagineuse, qui s'insérait sur la face antérieure du pubis et à la partie interne du trou obturateur qui se trouvait en grande partie comblé.

Cette tumeur, présentant un énorme prolongement profond, il était impossible de conserver le squelette : on sectionne à la gouge et au maillet le pubis en dehors de la symphise pubienne, puis la branche horizontale et la branche ascendante environ au milieu du trou obturateur. Après ces sections osseuses, la tumeur fut mobilisée et enlevée facilement. L'énorme cavité ainsi créée fut comblée par les muscles adducteurs; le volet cutané fut rabattu et un drain placé. Suites opératoires mouvementées au début, mais cependant trente jours après l'opération le malade put commencer à se lever et à marcher. Actuellement, il marche sans difficulté, prétend qu'il est plus alerte de son membre inférieur droit que du gauche. Les mouvements sont tous conservés, l'abduction et l'adduction s'effectuent correctement; il n'y a pas d'anesthésie.

La pièce présentée pèse 1.600 grammes. L'examen histologique a montré un chondrome bénin sans signe de malignité.

OBSERVATION XVIII (Inédite)

(due à l'obligeance du Docteur Michiels, Saint-Savin (Vienne)).

Chebr..., 52 ans, ancien boulanger. Le malade ne présente aucun antécédent notable; il insiste sur le fait qu'il a subi plusieurs traumatismes importants et qu'il est tombé plusieurs fois d'une échelle. Père mort à 59 ans de pneumonie; mère vivante, 82 ans, et bien portante. Rien non plus au point de vue des antécédents collatéraux.

Le malade, depuis trois ans, se plaignait un peu de la région sacro-lombaire. En 1929, douleurs très vives à l'anús avec glaires sanglantes : on découvre une fissure anale que l'on traite par la dilatation sous anesthésie totale. Après dilatation, le chirurgien découvre une tumeur rectale et envoie le malade à un radiologue.

En février 1930 on fait, dans une clinique, trois applications successives de rayons X, une application de radium, et enfin une quatrième application de rayons X. Le malade, qui urinait jusque-là avec difficulté mais sans sonde, voit survenir une paralysie vésicale totale.

Le 1er mars 1930, on sent au toucher rectal une énorme masse lisse, dure, englobant le promontoire et le coccyx; elle bombe en avant très fortement. Le malade ne peut expulser qu'un liquide muqueux, à force de lui faire prendre des lavements et des laxatifs. Il a la sensation constante de corps étranger rectal. Etat général très touché, teint jaune subictérique.

Sur les conseils du médecin traitant, le chirurgien refusant toute intervention et la tumeur continuant à progresser, malgré les rayons X et radium, on fait au malade une série de piqûres de « Néophage » (12 piqûres en six semaines). Au bout de ce laps de temps la tumeur a diminué, l'état général est considérablement amélioré, mais la paralysie vésicale reste totale. Après un repos d'un mois, on fait une autre série de piqûres, mais cette fois la tumeur semble fixée, elle ne change plus de volume : cependant, le malade peut expulser des matières rubanées; l'état général se maintient assez bon.

En septembre, on fait au malade une cinquième application de rayons X. Revu en novembre, la tumeur n'avait pas bougé, elle semble très nettement fixée. Elle ne représente que la moitié de son volume originaire. Le malade a engraisé de 5 kilos.

Au point de vue clinique, on avait pensé à un chondrome : un examen radiologique pratiqué au début a montré une masse claire avec des travées plus sombres et un aspect pom-melé. Le diagnostic de chondrome a donc été retenu, malgré qu'on n'ait pas eu la preuve de l'examen histologique.

OBSERVATION XIX

(F. Papin. — *Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 28 janvier 1927.)

André J..., 42 ans, présente depuis l'âge de 12 à 15 ans des exostoses multiples : rachis, péroné, tibia, fémur, etc., ayant tous les mêmes caractères d'exostoses ostéogéniques; l'une d'elles en particulier, située à la face postéro-externe de l'os iliaque gauche, un peu au-dessous de la crête iliaque et non loin de l'articulation sacro-iliaque, était assez volumineuse, et faisait un peu saillie à la partie supérieure de la fesse gauche.

Jusqu'à il y a deux mois, ce malade n'a ressenti, du fait de ces tumeurs, aucune espèce de troubles.

Il y a deux mois, à la suite d'un mouvement forcé (?) de la hanche gauche, il se met à souffrir de cette région et constate que la tumeur qui y siège a considérablement augmenté de volume. On constate alors (août 1926) une assez volumineuse tumeur qui s'étend dans la fosse iliaque gauche, formant une masse plus grosse que les deux poings, adhérent à l'os iliaque, de surface mamelonnée, de consistance partout homogène, dure, sans qu'on y décèle nulle part de crépitation parcheminée. Le toucher rectal ne montre rien à l'intérieur du bassin.

La radiographie montre un aspect « moucheté » de l'os iliaque gauche dans sa partie postéro-supérieure; il y a des plages plus claires alternant irrégulièrement avec des plages opaques. Mais la tumeur palpée ne s'inscrit pas en dehors des limites normales de l'os iliaque.

On porte le diagnostic de transformation néoplasique probable survenue au niveau d'une ancienne exostose, et on opère le malade le 11 août 1926.

Opération : Incision angulaire qui suit de près la crête de l'os iliaque et descend vers le grand trochanter. Division du grand fessier suivant cette ligne : on aperçoit alors la tumeur implantée au niveau de la tubérosité iliaque postéro-supérieure. De cette implantation, un lobe de la tumeur descend à la fesse sous les muscles fessiers, un autre remonte vers

l'articulation sacro-iliaque. Après ablation de la masse, on fait sauter au ciseau et au maillet la partie de l'os iliaque sur laquelle elle s'implante; cette exérèse semble passer en os parfaitement sain. Guérison *per primam*, sans aucun incident.

Le malade a suivi après cicatrisation, chez M. le professeur Réchou, un traitement radiothérapique jusqu'en janvier 1927. Revu à ce moment, il est en excellent état.

La pièce opératoire enlevée représentait une tumeur plus grosse que les deux poings, de consistance bosselée et cartilagineuse. L'examen histologique fait par M. le professeur Sabrazès a montré que la tumeur était constituée de tissus osseux et fibreux et surtout d'un tissu chondromateux caractéristique et très abondant, qui en forme la plus grande partie : en somme il s'agit de chondromatose.

CHAPITRE II

Étiologie.

Le chondrome se localise ordinairement sur les petits os des extrémités : phalanges et orteils, métacarpiens et métatarsiens. Puis, par ordre de fréquence, il frappe l'omoplate, le bassin, et enfin les os longs des membres. Le chondrome du bassin n'est donc pas, pour les classiques, une localisation fréquente. Cependant, si on le rencontre assez fréquemment dans des cas de chondromatoses multiples (Observations XI, XII et XV), on doit reconnaître que le chondrome, surtout intra-pelvien, existe en général seul.

L'étiologie des chondromes du bassin est assez mal connue; on disait autrefois, et Blanchet l'a soutenu dans sa thèse, que les chondromes du bassin étaient l'apanage de l'adulte; or, nous rapportons deux cas chez des enfants, l'un de sept ans, l'autre de onze ans. Ce sont cependant des cas plutôt rares et nous croyons que les chondromes du bassin sont plus fréquents chez l'adulte et surtout vers l'âge de cinquante ans. L'observation III concerne une femme de soixante-quatorze ans, mais ce cas est également exceptionnel.

Waltner a soutenu la fréquence des chondromes du bassin chez l'homme, alors que François et Blanchet prétendaient au contraire que la femme était plus souvent atteinte que l'homme. Calbet, dans une statistique des tumeurs du bassin osseux, de 1895, donne un pourcentage de vingt-neuf cas chez l'homme et de dix-neuf chez la

femme. Sans nous attarder à cette discussion, soulignons cependant que nous avons trouvé également onze cas chez l'homme contre huit chez la femme.

La notion de l'hérédité avait été admise par Havage. François, dans sa thèse, rapporte que, dans une famille, le père ayant eu un enchondrome du radius, le fils mourut d'un enchondrome du bassin. Zeltner, dans sa dissertation inaugurale, rapporte le cas de la famille Péllerin où il y avait eu des formations multiples d'enchondromes durant trois générations, dans différentes parties du squelette. Weber signale un cas plus curieux encore : un patient, âgé de 25 ans, a un chondrome du bassin; son grand-père est mort d'un chondrome du fémur; son père, âgé de 62 ans, a été opéré d'un chondrome de deux livres; son frère de 18 ans, et une sœur de 23 ans, présentent des tumeurs du squelette. Une autre sœur et sa mère n'avaient rien. Signalons également le cas de F. Eve (Observation VIII), où le père avait une exostose au niveau du maxillaire supérieur, et le cas de Blanchet (Observation XI), où la mère avait eu de petites tumeurs au niveau du ligament rotulien antérieur. En somme, la notion de l'hérédité du chondrome peut être acceptée, tout au moins comme cause prédisposante.

On a discuté également des rapports qui existent entre le chondrome et le traumatisme : Zeltner s'élève contre cette opinion, en se demandant comment le traumatisme peut engendrer au sein du tissu osseux des tumeurs du type cartilagineux ? Deux de nos observations (XVIII et XIX) mentionnent des traumatismes, parfois même des traumatismes répétés. Quoiqu'il en soit, le rôle du traumatisme dans la genèse des chondromes du bassin semble plus que douteux.

A la suite de l'observation de Kiskmann, et conformément à l'opinion de cet auteur, la grossesse joue un rôle dans l'évolution des chondromes; elle semble hâter l'évolution et donner « un coup de fouet » à la tumeur. Nous

n'insisterons pas sur les dangers que le chondrome intra-pelvien peut faire courir à une femme enceinte, notre observation VI étant assez caractéristique à cet égard. Dans notre observation II, la tumeur cartilagineuse s'est développée au cours des derniers mois de la grossesse et, fait important à noter, a évolué en sept mois; cette évolution rapide est tout à fait exceptionnelle pour un chondrome du bassin.

Enfin, Virchow a invoqué autrefois le rachitisme comme cause prédisposante aux chondromes : cette opinion est du reste abandonnée aujourd'hui.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique et Pathogénie.

A. — Anatomie pathologique.

Il est classique de dire que les chondromes sont des tumeurs de la lignée conjonctive, se développant aux dépens des éléments cartilagineux des os; mais nous ne saurions entrer dans de longs détails, car ce serait refaire inutilement ici l'histologie des tumeurs cartilagineuses.

Macroscopiquement, le chondrome pur se présente comme une tumeur en général bien circonscrite, encapsulée, de forme arrondie, le plus souvent bosselée. A la coupe « la tumeur est lobulée, formée de masses de cartilage hyalin, facilement reconnaissables à leur couleur gris-bleuâtre, translucides sous une faible épaisseur, entourées et séparées les unes des autres par des travées conjonctives contenant des vaisseaux ». (Lecène).

Le chondrome du bassin peut être intra-pelvien ou extra-pelvien :

a) En ce qui concerne les chondromes intra pelviens, ils ont une tendance marquée à siéger vers la symphise sacro-iliaque (Observations V et XVIII) mais toutes les autres parties peuvent lui donner également naissance;

b) En ce qui concerne les chondromes extra-pelviens, ils se développent de préférence sur les branches pubiennes et font saillie en avant (Obs. I, VII et VIII). Mais on a pu les voir se développer dans l'intérieur même de l'os

iliaque et faire saillie sur les côtés, au-dessus de l'articulation de la hanche (Obs. IV), au-dessus de l'articulation sacro-iliaque (Obs. XIX). En somme, nous dirons que les chondromes sont des tumeurs dont le volume peut devenir énorme, qu'elles sont irrégulières et bosselées et que, souvent, elles se creusent de cavités kystiques remplies d'un liquide roux, probablement dû à des ruptures vasculaires. Enfin, signalons la rareté des chondromes purs et les associations fréquentes avec du tissu fibreux (fibrochondrome de Virchow), du tissu muqueux (chondro-myxome du bassin, cas de Roussel, in thèse Paris, 1898), des plaques osseuses (chondromes ossifiants très durs (Obs. XIX); et les associations avec des éléments malins, chondrosarcomes et chondro-épithéliomes (cas de Laget, in *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1874).

Microscopiquement, on retrouve des cellules cartilagineuses, tantôt rondes, tantôt multipolaires; ces éléments sont entourés de la substance fondamentale plus ou moins développée et plus ou moins serrée qui donne naissance à des enchondromes plus ou moins durs selon son abondance.

Au point de vue de la généralisation, on peut dire qu'elle se fait rarement. Le chondrome du bassin grandit par multiplication de ses propres éléments, mais n'envahit pas les tissus voisins. Dans le cas de Villeneuve (Obs. X) on a bien trouvé un ganglion présentant une transformation cartilagineuse, mais il avoisinait la tumeur elle-même; cependant, dans notre première observation, la généralisation semble bien s'être effectuée dans les ganglions et même dans les muscles de la cuisse. En somme, quand la généralisation se fait, et elle se fait rarement, elle a lieu par les vaisseaux et surtout par les veines (Obs. I); la généralisation par voie lymphatique est une rareté, elle se rapporte à des cas de chondrome malin (chondromyxome de Roussel).

B. — Pathogénie.

La pathogénie des chondromes est encore bien obscure : Virchow admettait autrefois que ces tumeurs se développaient à la suite de débris de cartilage de conjugaison, restés isolés au cours de l'ossification; il mettait cet isolement sur le compte du rachitisme, mais nous avons déjà vu au chapitre de l'étiologie, que cette théorie n'est plus admissible. Lenormant et Lecène, dans la *Revue d'Orthopédie* de 1906, ont montré que tantôt le chondrome existait sur un même sujet avec des exostoses ostéogéniques et tantôt il se développait sur une exostose ostéogénique déjà constituée. Pour Tavernier (*Lyon chirurgical*, 1922) la disposition des chondromes, leur multiplicité rappellerait celle des exostoses et ce serait bien « des exostoses à développement cartilagineux prédominant ». Le Professeur H.-L. Rocher, à propos du cas de la fillette de l'Obs. XV, écrit que le chondrome serait dû « à une évolution atypique des cellules cartilagineuses du système conjugal »; chez l'adulte il serait dû à une prolifération des cellules ectopiées au sein du tissu spongieux. Dans la *Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux* (Mars 1927), le Professeur agrégé Papin montre que le cas relaté dans l'Obs. XIX semble bien être un chondrome développé au niveau d'une exostose ostéogénique déjà constituée, en un mot, une véritable chondromatose.

Nous avons remarqué dans nos observations, la fréquence des chondromes se développant sur des exostoses préexistantes; les observations IV, XI, XIII et XIX sont très caractéristiques à cet égard. C'est vingt ans après l'apparition d'une exostose que s'est développé le chondrome dans l'observation XI, quinze ans après dans l'observation XIX, dix ans dans l'observation IV. Le chondrome peut donc se développer dans un temps plus ou moins long sur une exostose, mais véritablement il semble bien y avoir

un rapport de cause à effet entre l'existence d'une exostose et l'apparition du chondrome.

Pour terminer cette étude de la pathogénie des chondromes, disons qu'à l'heure actuelle il semble que l'on ait tendance à ranger les chondromes « dans une catégorie voisine des malformations congénitales, plutôt que dans la catégorie des véritables tumeurs ». (Tavernier.)

CHAPITRE IV

Symptomatologie.

Pour faciliter l'étude de la symptomatologie des chondromes du bassin, nous diviserons ces tumeurs en chondromes intra-pelviens et chondromes extra-pelviens.

I. — CHONDROMES EXTRA-PELVIENS

Le début des chondromes extra-pelviens est remarquablement lent et insidieux. Le plus souvent, le malade ne s'est pas aperçu de leur présence et l'on apprend à l'interrogatoire que c'est tout à fait par hasard que le patient a découvert une tumeur « déjà grosse comme un œuf de pigeon » (Obs. II); la femme enceinte de l'observation de Kiskman n'a remarqué une tumeur dans l'aîne droite que lorsque cette tumeur a déjà eu un volume considérable. C'est donc presque à l'insu du malade que ces tumeurs grandissent et elles ne se révèlent souvent que par les troubles fonctionnels : un peu de gêne progressive à la marche (Obs. IX et XIV), quelques douleurs nerveuses de compression (Obs. VII et XI) et des œdèmes (Obs. III).

Après un temps souvent très long, la tumeur présente les caractères suivants : dans la région du pli de l'aîne, au-dessus et au-dessous de l'arcade crurale, d'autres fois au-dessus de l'articulation de la hanche (Obs. IV) ou même de l'articulation sacro-iliaque (Obs. XIX), on voit saillir une tumeur dont les dimensions peuvent être considérables. Suivant son origine, cette tumeur envahira des points différents : si elle prend attache sur le pubis,

elle tendra à envahir le triangle de Scarpa, parfois même remontera dans la partie inférieure de l'abdomen, comme dans l'observation de Villeneuve.

Si elle a pour point de départ l'os iliaque, elle tendra à recouvrir l'articulation coxo-fémorale, entourant parfois la tête du fémur, et même elle pourra parfois rentrer dans le bassin par les échancrures sciatiques. Enfin, si le chondrome prend son point d'attache non loin de l'articulation sacro-iliaque (Obs. XIX), la tumeur peut faire saillie à la partie supérieure de la fesse sans causer une bien grande gêne dans son évolution.

A l'inspection, cette tumeur n'est, en général, pas nettement arrondie, ni lisse, on y voit des points acuminés, des bosselures, surtout si cette tumeur a un certain volume.

A la palpation, si la tumeur est petite, on peut trouver une masse assez dure et même lisse (si bien que dans l'observation qu'il rapporte, Tavernier se demandait s'il ne se trouvait pas en présence d'une adénite); mais quand le chondrome a atteint un certain volume, on remarque toujours les bosselures caractéristiques. La tumeur est irrégulière, mamelonnée, parfois de consistance pierreuse, présentant tantôt des zones rénitentes, quelquefois fluctuantes (formation de kystes à l'intérieur du chondrome). Généralement la tumeur est fixe, adhérent à l'os par une large base d'implantation; la peau recouvrant la tumeur est saine, mais parfois distendue par le volume excessif de la tumeur. On a noté quelquefois, mais rarement, des circulations veineuses superficielles, indice de compressions veineuses profondes : tels sont les cas de nos observations III et IV.

La tumeur détermine en général des troubles mécaniques, mais ils varient avec le développement du chondrome et la région anatomique considérée; il y a souvent de vagues douleurs intermittentes, dues à des compressions nerveuses (le chondrome en lui-même n'est pas, bien

entendu, douloureux). On note aussi des fourmillements dans la jambe, des crampes, quelques élancements; en somme, tous symptômes variables et souvent peu remarqués par le malade lui-même. L'œdème et la stase veineuse, par compression, peuvent exister, mais manquent également dans bien des cas. Enfin, il faut signaler la gêne des mouvements actifs et passifs et la claudication : elle peut être due à l'envahissement de la cavité cotyloïde (cas de François), soit à l'enserrement de la tête fémorale par la tumeur (cas de Roux), soit à la dégénérescence et à la disparition des muscles pelvi-trochantériens. (Blanchet.)

II. — CHONDROMES INTRA-PELVIENS

Le début des chondromes intra-pelviens passe en général inaperçu et ne se révèle le plus souvent que par des troubles de compression des viscères, des vaisseaux et des nerfs. Comme dit Roussel dans sa thèse, « la compression nerveuse, origine du symptôme douleur, est de règle dans toute production néoplasique localisée à la surface interne des os du bassin ». Aussi, aurons-nous assez souvent des névralgies crurales ou sciatiques; cependant, le tableau clinique qu'on peut retracer du chondrome intra-pelvien, reste donc forcément imprécis et les divers signes que l'on note restent étroitement subordonnés à la localisation et à la dimension de la tumeur.

En certains cas, le malade accuse des douleurs dans les lombes, les fosses iliaques, le flanc (Obs. d'Eve); le plus souvent on note des douleurs vésicales et rectales.

Il y a parfois des paresthésies, de la gêne de la marche, des troubles trophiques et même de l'atrophie (cas de Zeltner, de François, de Roux). Mais nous devons insister tout particulièrement sur les symptômes résultants de la compression de la vessie et du rectum, qui sont, du reste, les premiers symptômes qui éveillent souvent l'attention

du malade : le patient vient consulter parce qu'il ne peut plus aller à selle ou qu'il urine difficilement; c'est alors que l'on pratique le toucher rectal ou vaginal et que l'on sent une tumeur bosselée, parfois fluctuante, si bien que dans l'observation III on avait cru à une tumeur fibrokystique de l'ovaire, et que, dans l'observation V, un examen superficiel aurait pu faire penser à une tumeur de la prostate. Enfin, il faut signaler que, bien souvent, le chondrome intra-pelvien passe inaperçu au début, puisque dans notre observation XVIII, la découverte du chondrome fut une trouvaille du chirurgien qui avait pratiqué la dilatation anale.

Dans les deux variétés de chondromes, les troubles généraux mettent longtemps à s'installer; ils surviennent plus vite cependant dans les chondromes intra-pelviens, à cause des phénomènes de compression. Il faut signaler également le cas de Eve où les uretères étaient comprimées et où l'homme mourut d'urémie. Mais, même en dehors de toute complication, ces malades arrivent à présenter un amaigrissement, une cachexie particulière qui n'est pas celle du cancer, mais qui pourrait peut-être, comme cette dernière, être rapportée aux produits élaborés par la tumeur et résorbés par l'organisme. »

Quoiqu'il en soit de cette opinion que Blanchet exprimait dans sa thèse, on est forcé de reconnaître que ces malades présentent un facies spécial, un teint subictérique (Obs. XVIII) et un amaigrissement notable qui caractérisent les troubles généraux provoqués par les chondromes du bassin, surtout à la fin de leur évolution.

CHAPITRE V

Évolution et Pronostic.

A. — Évolution.

Comme nous l'avons vu en étudiant la symptomatologie des chondromes du bassin, ces tumeurs évoluent la plupart du temps lentement sans grand signe. Il faut cependant faire une réserve au point de vue de la grossesse, qui a nettement influencé l'évolution des chondromes dans les observations de Molinier et de Kiskmann. D'ordinaire, en effet ces tumeurs évoluent dans un laps de temps de plusieurs années, compris entre dix ans (Obs. IV et XI), trois et quatre ans le plus fréquemment (Obs. VII, VIII, IX, XIV, XVI et XVIII), parfois mais rarement un an (Obs. XII); encore faut-il dire que le début de la tumeur est souvent plus ancien que ne le dit le malade, car il ne s'en aperçoit généralement que lorsqu'elle a déjà atteint un certain volume. Dans la grossesse, au contraire, l'évolution semble plus hâtive, puisque nous retrouvons là des intervalles de mois et non plus d'années : sept mois dans l'observation de Molinier, six mois dans l'observation de Kiskmann.

En général, l'évolution des chondromes du bassin, tout au moins si on n'intervient pas, conduit lentement le malade à la cachexie et à la mort : ce terme est le plus souvent très éloigné pour les chondromes extra-pelviens qui peuvent rester fort longtemps stationnaires, mais il est

beaucoup plus rapproché, et cela se comprend, pour les chondromes intra-pelviens.

En cours d'évolution, le chondrome peut-il donner lieu à des métastases ? Weber, dans sa monographie, signale le cas d'un chondrome de l'os iliaque qui avait rempli les veines du bassin de thrombus néoplasiques blanchâtres, propagés à l'artère pulmonaire; dans l'observation de Landéta, on trouva à l'autopsie « les ganglions lymphatiques durs, nacrés, et d'aspect cartilagineux, le calibre de la veine fémorale rempli d'une production dure et élastique qui se continuait en haut dans la veine iliaque ». Dans une thèse récente d'Advenier sur l'enchondrome multiple du squelette, cet auteur nous dit « que les métastases s'effectuent par voie veineuse, rarement par voie lymphatique; quant aux métastases viscérales, elles s'observent presque exclusivement au niveau du poumon et du foie, sous formes de noyaux blanchâtres, d'aspect cartilagineux ». En somme, les métastases du chondrome sont une rareté clinique, et les quelques faits observés sont plutôt des trouvailles d'autopsie.

B. — Pronostic.

Il n'est pas facile d'établir d'une façon générale le pronostic des chondromes du bassin.

Si on se place au point de vue anatomo-pathologique, nous avons vu que le chondrome est une tumeur relativement bénigne, peu susceptible de généralisation; mais on ne peut nier les quelques cas signalés, et comme le disait Virchow, méfions-nous « car le beau rêve de la bénignité du chondrome doit s'évanouir ».

Au point de vue clinique, la question devient encore plus embarrassante : si dans bien des cas la tumeur peut rester longtemps indolente, stationnaire, sans tendance à l'envahissement, mais constituant tout de même une menace permanente pour le malade, dans bien d'autres cas, au

contraire, le chondrome se comporte comme une véritable tumeur maligne (Obs. XIII et XVIII). Les chondromes qui évoluent lentement sont, de préférence, les tumeurs dures et peu vascularisées (Obs. XIX); les chondromes à allure maligne sont plutôt les chondromes mous.

Dans l'appréciation de la gravité du chondrome, il faut encore tenir un grand compte de la région dans lequel il s'est développé. Le chondrome extra-pelvien est évidemment le plus bénin; quant au chondrome intra-pelvien on s'en figure aisément la gravité : « Que la tumeur gagne le petit bassin ou qu'elle grandisse dans la fosse iliaque interne il arrivera toujours un moment où elle comprimera et arrêtera plus ou moins le fonctionnement d'organes essentiels à la vie et fatalement par son accroissement incessant, elle conduira le malade à la mort ». (Blanchet.)

CHAPITRE VI

Diagnostic.

La même division que nous avons pris pour l'étude clinique nous servira pour le diagnostic : en effet, une tumeur extra-pelvienne dont on peut apprécier tous les contours, la consistance et les caractères physiques, différenciera singulièrement comme difficulté d'appréciation d'une autre tumeur développée dans l'intérieur du bassin qui ne se révélera que par des troubles fonctionnels plus ou moins vagues. Si le diagnostic du premier genre de ces tumeurs a pu être souvent porté durant la vie, la connaissance exacte des chondromes intra-pelviens n'a guère été le plus souvent qu'un diagnostic d'autopsie ou même de microscope; cependant, nous nous réservons de traiter à la fin, du diagnostic radiologique des chondromes du bassin, car il permet dans bien des cas d'identifier la tumeur, sans toutefois apporter la preuve définitive que nous donne seul l'examen anatomo-pathologique.

I. — Chondromes extra-pelviens.

Pour bien distinguer cette tumeur des autres, disons qu'elle débute vers un âge moyen de la vie, assez fréquemment vers 50 ans, qu'elle s'accroît avec une extrême lenteur, mais qu'elle atteint souvent un énorme volume. Elle offre le plus souvent une surface régulière et dure, mais elle se soulève aussi en mamelons et peut se creuser, surtout s'il s'agit de chondromes déjà anciens, de cavités kystiques. Les douleurs spontanées sont fort obtuses, les

douleurs provoquées à la pression, exceptionnelles; en un mot, les symptômes douloureux vrais relèvent de la compression. La généralisation est rare.

Si le chondrome est de forte ou de moyenne dimension, il faudra le distinguer de l'ostéosarcome, du fibrome, et exceptionnellement du kyste essentiel des os :

a) En ce qui concerne l'ostéosarcome, il y a une douleur soudaine au début, subite, atroce, non calmée par le repos et qui surprend un sujet en bonne santé apparente. Lorsque le sarcome a évolué, on peut sentir la crépitation parcheminée et on voit souvent une fine circulation veineuse superficielle; enfin, la marche est en général rapide et c'est en peu de temps que le malade voit grandir sa tumeur, qu'il la voit s'ulcérer et qu'il meurt. Au début, le diagnostic radiologique nous aura permis de faire la différence avec une tumeur bénigne : c'est ainsi que la corticalité se trouve parfois détruite, on voit des « géômes » avec des espaces clairs et obscurs et parfois aussi une réaction périostique très manifeste sous forme de saillie ou d'éperon;

b) Quant au fibrome du bassin, c'est une tumeur assez rare, qui naît en général sur les crêtes iliaques en des points où les aponévroses se fusionnent avec l'os. Il est certain cependant que le diagnostic peut être fort délicat avec un chondrome extra-pelvien au début;

c) Le kyste essentiel des os est une localisation exceptionnelle au niveau du bassin; de plus, il survient de préférence chez les enfants et la radiographie est caractéristique : c'est une tache claire d'aspect uniforme, une véritable « soufflure de l'os ». (Bérard.)

Lorsque le chondrome est de petit volume, il faut le distinguer, d'une part des tumeurs du voisinage et, d'autre part, des productions osseuses du bassin, telles que les déformations rachitiques, les cals, les exostoses : des tumeurs de voisinage, nous dirons peu de chose; on avait signalé autrefois la présence de petites tumeurs mobiles dans le pli de l'aîne que Cuvellier avait baptisées ostéo-

chondrophytes pédiculés et que Dolbeau disait être des chondromes du bassin secondairement pédiculisés : quoiqu'il en soit, ce sont des raretés cliniques et en plus ces productions ne font pas corps avec l'os et sont mobiles. Les tumeurs ganglionnaires n'adhèrent pas non plus à l'os et ne seront guère confondues après un examen sérieux de toutes les causes d'adénopathie (Observation XIII).

Les anévrismes ont des signes bien particuliers que nous ne rappellerons pas ici. — Le diagnostic le plus délicat, alors même que le chondrome est petit, sera celui de l'exostose, surtout que nous savons qu'exostose et chondrome peuvent coexister fréquemment sur un même malade (Observations XI, XIII et XIX) et que pour certains auteurs le chondrome a toujours une exostose pour origine : on se rappellera cependant que les exostoses sont souvent multiples et qu'elles ne devraient subir aucun développement. — Nous n'insisterons pas longtemps sur les déformations rachitiques et les cals, l'interrogatoire du malade suffisant à nous renseigner dans ces cas-là.

Reste le kyste hydatique du bassin : les accidents de compression sont peu fréquents, la tumeur est dure, bosselée, le volume ne dépasse guère celui du poing. Nous avons cependant souvenance d'un cas où la masse venait bomber au niveau du triangle de Scarpa, et que l'on avait pris pour une tumeur du bassin : l'opération montra que c'était un kyste hydatique et que les bosselures provenaient des vésicules filles.

Enfin, il nous a paru intéressant en terminant, d'esquisser le diagnostic des chondromes extra-pelviens avec les exostoses ostéogéniques : ce diagnostic se pose non seulement chez les enfants à la période de croissance (cas de Tavernier et du Professeur H.-L. Rocher) mais parfois aussi chez les adultes (cas du Professeur agrégé Papin). Les exostoses ostéogéniques siègent de préférence au niveau des épiphyses fertiles du fémur ou du radius, mais

peuvent apparaître au niveau de l'os iliaque : elles sont souvent symétriques, ont un aspect en chou-fleur et sont formées en général d'une partie centrale d'os entourée d'une gangue cartilagineuse. Elles apparaissent ordinairement à la période de croissance et ne doivent plus progresser chez l'adulte.

II. — Chondromes intra-pelviens.

La tumeur cartilagineuse du bassin simule toutes les autres tumeurs intra-pelviennes. Qu'il nous suffise de dire que dans les cas d'œdème d'un des membres inférieurs ou de névralgie sciatique, on devra examiner le bassin systématiquement et pratiquer les touchers rectal et vaginal.

Toutes les tumeurs de l'utérus, de l'ovaire (cas de François), de la prostate (cas de Blanchet), les masses ganglionnaires de la fosse iliaque chroniquement enflammées (cas de Tavernier), les abcès froids même, peuvent prêter à confusion si l'on n'a pas soin de se rendre compte de la marche de l'affection, des symptômes spéciaux à chacun des organes et surtout des relations que la tumeur présente avec le squelette.

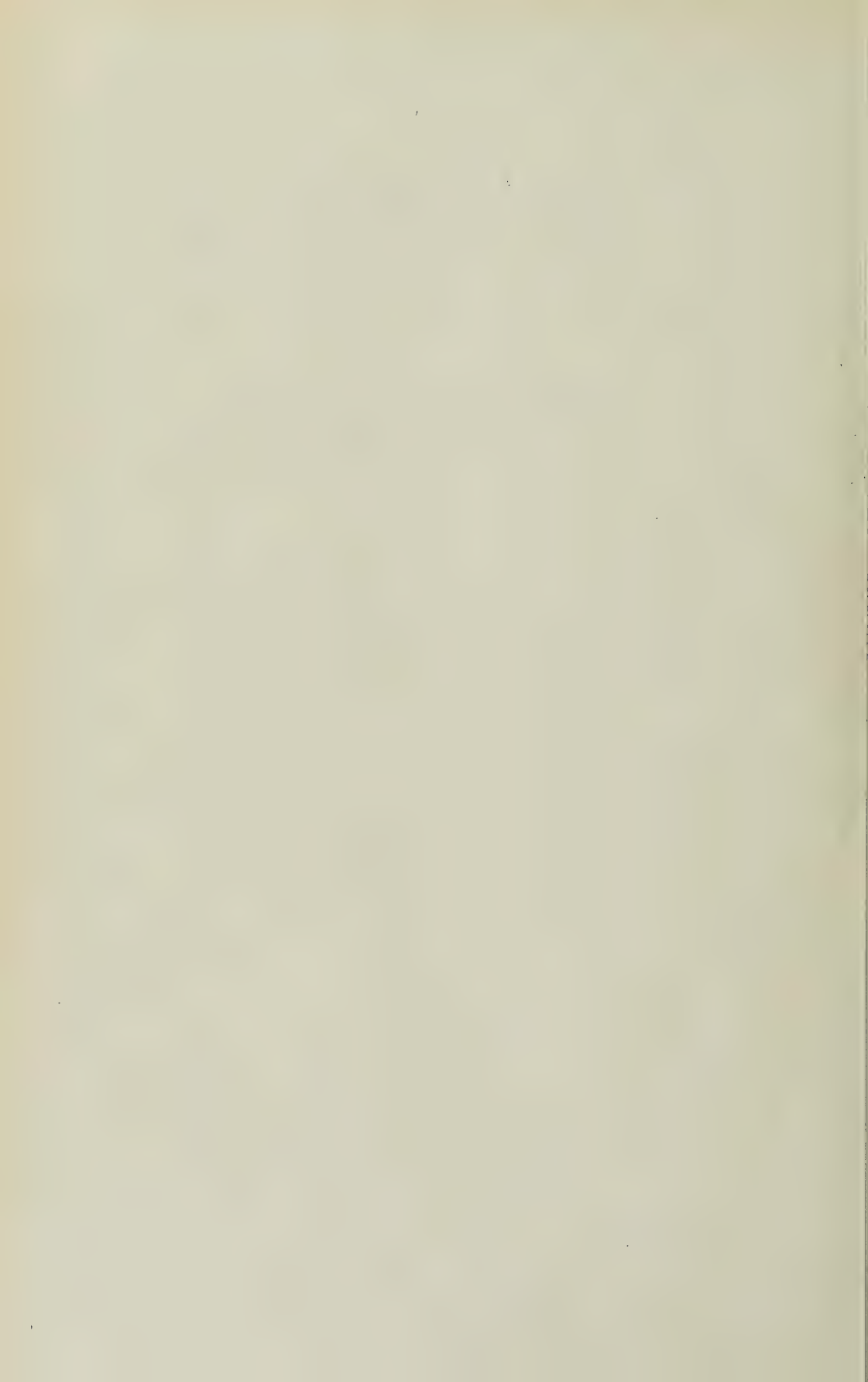
III. — Diagnostic radiologique des Chondromes du Bassin.

Nové-Josserand et Tavernier, dans leur livre sur les « Tumeurs malignes des os » nous donnent une définition du chondrome qui mérite d'être rapportée : pour eux, cette tumeur est caractérisée « par la limitation de la lésion, par la transparence radiographique à aspect tout particulier. Enfin, c'est une tumeur indolente, jamais pulsatile, ne présentant pas de crépitation parcheminée ». Sur une radiographie, le chondrome est formé de « grains cartilagineux séparés par des cloisons conjonctives qui lui donnent la structure d'une grenade; le cliché montre

alors un aspect pommelé, parce que ces cloisons ossifiées ou calcifiées contrastent par leur opacité avec la transparence du cartilage. ». Ajoutons, cependant, que cette image caractéristique que l'on retrouve pour les chondromes des adultes, ne se voit pas aussi nette chez les enfants : en effet, chez les jeunes sujets ces cloisons sont souvent peu développées et l'image « ne diffère en rien de celle d'une ostéite fibreuse ou d'une tumeur à myélopaxes ». Pour Lecène, l'examen radiologique de chondromes est tout à fait caractéristique : il montre des taches opaques, irrégulières, répondant à des blocs osseux isolés dans la masse de la tumeur. Parfois ces débris osseux sont nombreux et petits, donnant un aspect stellaire.

Nous retrouvons ces aspects caractéristiques dans plusieurs observations que nous avons rapportées : dans l'observation XIII, c'est l'aspect pommelé qui permet de faire le diagnostic; dans l'observation XVIII, même aspect radiographique; enfin, dans l'observation XIX, le cliché montrait également ces signes très nettement.

Si l'examen radiologique ne permet pas toujours d'affirmer l'existence d'un chondrome d'une façon absolument certaine, il montre au moins que la corticale est conservée, qu'il n'y a pas de réaction périostique, pas d'envahissement des tissus mous : en somme, il nous permet de dire, et à ce titre on voit combien le diagnostic radiologique est précieux, qu'il n'y a pas malignité.



CHAPITRE VII

Traitement.

Le traitement des chondromes du bassin doit être un traitement chirurgical ou radiothérapique; nous verrons cependant qu'il existe des cas où le chirurgien ne pouvant opérer et où rayons X et radium ayant échoués, on est malheureusement obligé d'avoir recours à un traitement médical.

A. — **Traitement chirurgical.**

Quand l'intervention est indiquée, le seul traitement vraiment rationnel est l'extirpation, mais au point de vue des indications opératoires, il est utile de tenir compte d'un grand nombre de circonstances qui limitent souvent l'intervention. En sorte que le traitement chirurgical des chondromes du bassin peut être curatif, palliatif ou contre-indiqué.

Les chondromes qui se prêtent le moins à une tentative opératoire sont les chondromes développés à l'intérieur du bassin. Ils ont, en effet, une marche lente et insidieuse et quand ils se révèlent, ils sont la plupart du temps inopérables, ayant parfois même déjà contractés des adhérences avec les organes du bassin (Obs. III). Blanchet, dans sa thèse, déconseille de telles interventions pour les chondromes intra-pelviens, rappelant le cas de la malade opérée par Billroth pour un volumineux enchondrome du pubis remplissant la moitié gauche du bassin et compri-

mant la vessie et le rectum : la malade mourut de shock opératoire.

Les chondromes extra-pelviens sont plus accessibles au chirurgien. Mais quelles sont les conditions opératoires ? Quand le chondrome est encore tout petit, à marche extrêmement lente, qu'il reste dur et indolent, Heurteaux conseillait l'abstention. Blanchet fait remarquer, avec juste raison, qu'il y aurait plutôt bénéfice pour le malade à être débarrassé de suite d'une tumeur qui évoluera un jour ou l'autre, et qui peut, bien que le cas soit rare, donner lieu à des métastases, ou même devenir maligne. Il nous semble donc que dans ce cas l'intervention s'impose.

Quant aux enchondromes externes de grand volume, la plupart des chirurgiens s'y sont attaqués et avec succès. Il est certain que parmi toutes les tumeurs, le chondrome est celle qui, en raison de son peu de tendance à la récurrence et à la généralisation semble autoriser les opérations les plus graves. Durand, de Lyon, à propos d'un cas de chondrome du pubis ainsi enlevé dit que « la résection extrapériostée d'un pubis et de ses branches, bien qu'elle interrompe complètement la continuité de l'anneau pelvien, ne compromet pas notablement la solidité de cet anneau, bien qu'il n'y ait pas reproduction de l'os réséqué. Chacun des os iliaques trouve, au bout d'un certain temps, une attache sur le sacrum assez solide pour que la station debout et la marche se passent facilement et sans troubles sérieux. » Tels sont les cas opérés par Witzel (Obs. XIV), Durand (Obs. XVI) et Patel (Obs. XVII); dans le cas de Durand, on a observé en huit années deux récurrences du chondrome « in situ », chose exceptionnelle que nous n'avons pas trouvée ailleurs.

Tout dernièrement, dans le *Bordeaux Chirurgical*, d'octobre 1930, le Professeur Rocher faisait remarquer, à propos de la technique opératoire, que lorsque la brèche créée dans l'os était considérable, on pouvait avoir recours au greffon osseux soit segmentaire partiel (tibial) ou total

(péroné). Il est certain que dans une cavité osseuse provenant de l'évidement d'un chondrome, on peut voir survenir l'oblitération progressive sans greffons : mais nous pensons qu'il peut être utile, pour éviter la pseudarthrose et pour activer le processus de consolidation d'avoir recours à la méthode des greffons osseux.

La technique de l'extirpation du chondrome ne nous retiendra pas longtemps. Signalons, simplement, qu'elle a été magistralement décrite par Berger dans les *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie* : « Aborder la tumeur par sa face la plus accessible », écrit cet auteur, « et qui expose le moins à la blessure du péritoïne, s'adresser promptement au point d'adhérence, pour mobiliser la masse morbide, la faire basculer et l'extirper ».

Pour terminer cet exposé du traitement chirurgical des chondromes du bassin, il nous faut dire un mot du traitement chirurgical palliatif : quand une opération radicale est impossible soit par suite d'un état cachectique trop avancé, ou de métastases dans le poumon, foie, ou autres organes, on peut essayer une ablation partielle de la tumeur et lorsqu'il y a des kystes, les ponctions répétées (Obs. II).

B. — Traitement radiothérapique et radiumthérapique.

Nous n'avons pas pu encore recueillir beaucoup de cas de chondromes du bassin traités par la radiothérapie ou le radium. Cependant notre observation XVIII est assez typique à cet égard : malgré quatre séances d'application de rayons X et une application de radium, la tumeur n'a pas rétrocedé, aussi ne croyons-nous pas que le chondrome pur soit une tumeur radiosensible. Cependant Lecène et Leriche, dans leur *Traité de Thérapeutique Chirurgicale* (tome I, page 437) prétendent que les chondromes ont parfois des évolutions malignes et que l'on doit traiter ces formes par la radiothérapie : ils émettent l'hypothèse

que ces tumeurs ne sont peut-être que des chondro-sarcomes avec prédominance de cartilage dans leur stroma. Quoiqu'il en soit, ce n'est que lorsque on connaîtra davantage les résultats donnés par la radiothérapie et le radium dans le traitement curatif des chondromes, que l'on pourra juger de leur efficacité.

Dans notre observation XIX, la radiothérapie postopératoire a été employée et avec succès, puisque quatre ans après le malade est resté guéri : notons du reste qu'à l'examen histologique, il y avait, en plus du tissu chondromateux, du tissu osseux et fibreux, dans la composition de la tumeur.

C. — Traitement médical.

Quand on se trouve en présence d'un malade que le chirurgien ne peut opérer, que l'on a fait traiter sans succès par la radiothérapie ou le radium, on est alors bien obligé d'avoir recours à un traitement médical, traitement cela va sans dire, qui n'a point pour but d'être curatif, mais de rendre la vie moins pénible au malheureux patient. Le malade de notre observation XVIII, qui s'est trouvé dans les conditions précitées, a subi une série de piqûres de « Néophage », complexe organo-minéral (extraits organiques et métaux colloïdaux). La tumeur semble-t-il, s'est fixée et l'état général s'est amélioré : hâtons-nous de dire que le malade est encore en traitement, mais il nous a semblé intéressant de rapporter ce cas, car le médecin doit toujours avoir une arme à son arsenal thérapeutique, même dans les cas les plus désespérés.

En somme, à l'heure actuelle, le traitement des chondromes du bassin doit être chirurgical toutes les fois que l'intervention est possible; il doit être institué précocement. Enfin, nous pensons que la radiothérapie postopératoire peut être conseillée pour éviter une récurrence bien improbable, mais tout de même possible.

CONCLUSIONS

1° Le chondrome du bassin n'est pas une localisation des tumeurs cartilagineuses aussi rare qu'on le croyait autrefois.

2° Son maximum de fréquence, contrairement aux autres chondromes, se trouve vers l'âge adulte et même l'âge avancé de la vie. L'homme semblerait atteint plus fréquemment que la femme. L'hérédité peut être acceptée comme cause prédisposante. Enfin, l'évolution des chondromes du bassin, comprise normalement entre quatre et dix ans, se trouve hâtée considérablement par la grossesse, puisque nous trouvons là, des délais de mois et non plus d'années.

3° Les chondromes extra-pelviens ont tendance à siéger vers la symphyse pubienne et les chondromes intra-pelviens vers l'articulation sacro-iliaque. Néanmoins, toutes les parties osseuses du bassin peuvent leur donner naissance.

4° Les chondromes du bassin sont des tumeurs moins bénignes qu'on ne le pensait autrefois : sur les dix-neuf cas rapportés, on trouve huit morts et quatre malades repartis sans qu'on ait pu tenter aucun traitement. L'évolution de ces tumeurs est cependant lente, leur extension continue. — La généralisation est rare et la récurrence exceptionnelle.

5° Le chondrome extra-pelvien est d'un pronostic bénin s'il est petit, plus grave s'il est de forte taille. Le chondrome intra-pelvien ne se révèle souvent qu'au bout de quatre à cinq ans, au moment où toute opération est devenue

impossible; sa marche progressive en fait une tumeur d'un pronostic fatal, au bout de quelques années, en raison des compressions exercées sur des organes essentiels à la vie.

6° L'examen radiologique, tout au moins chez les adultes, nous aide efficacement pour dépister les chondromes. C'est à lui seul, le plus souvent, que l'on doit de faire le diagnostic de chondrome intra-pelvien sur le vivant.

7° Au point de vue thérapeutique, sur les huit cas de chondromes extra-pelviens du bassin rapportés ici, trois sont morts sans traitement, cinq cas ont été traités chirurgicalement et guéris, un seul a récidivé deux fois. Parmi les onze observations de chondromes intra-pelviens, il y a eu cinq morts; quatre malades sont partis sans traitement avec un pronostic fatal à brève échéance, un malade fut traité chirurgicalement et guéri, un autre médicalement et amélioré. Le traitement chirurgical est donc, théoriquement, le meilleur, lorsqu'il est possible, c'est-à-dire lorsqu'on a affaire à un chondrome extra-pelvien, et avec le maximum de chances de succès opératoire, si ce chondrome est encore d'un volume moyen. La radiothérapie post-opératoire fut employée dans un cas et le malade est resté guéri quatre ans après. Enfin, le traitement médical nous a donné une amélioration pour un cas de chondrome intra-pelvien jugé désespéré.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

P. BÉGOUIN.

VU :

Le Doyen,

C. SIGALAS.

VU, ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 3 Décembre 1930.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ADVENIER (W.). — Etude des enchondromes multiples du squelette. (Thèse Paris, 1930).
- BEASTON. — Tumeur sacrée. (*Glasgow méd. Journ.*, 1891, p. 394).
- BERGER. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1897, p. 330).
- BLANCHET. — Contribution à l'étude des enchondromes du bassin. (Thèse de Lyon, 1899-1900).
- BODIN. — Tumeurs du bassin. (Thèse Paris, 1860).
- CALBET. — Tumeurs de la région sacro-coccygienne. (*Archives générales de Médecine*, 1894, p. 462)..
- CLARKE. — *St-Thomas hosp. rev.*, London, 1887.
- CODMAN. — Ostéochondrome of posterior surfaces of the pelvis. (*Boston med. and surg. Journal*, 1901).
- CRUVEILHER. — Tumeur fibro-osseuse du bassin. (*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1826, p. 15).
- DÔMKE. — *Archives für klinische chirurg.*, 1895, p. 177.
- DURAND. — Compte-rendu de la réunion de la Société de Chirurgie de Lyon, 30 mars 1922, p. 669.
- DURAND. — *Lyon chirurgical*, sept.-oct. 1930.
- EVE (F.). — Enchondrome du bassin. (*Transactions of the pathological Society of London*, 1885, p. 395).
- GRAUMI. — Tumeurs sacrées. (Thèse Munchen, 1892).
- HERMANN et TOURNEUX. — Origine des tumeurs sacro-coccygiennes. (*Journal anatomie et physiol.*, 1905, p. 113).

- HAVAGE. — Etude clinique sur les tumeurs des os du bassin et sur l'ostéosarcome en particulier. (Thèse Paris, 1882).
- JONES. — Tumors removed from Scarpa's triangle. (Trans. of the pathological Society, London, 1889, p. 286 à 290).
- KERMISSON. — Tumeurs sacro-coccygiennes. (*Revue internationale de Médecine et de Chirurgie*, 1908, p. 302).
- KISKMANN. — *Archives für klin. chirurg.*, Berlin, 1886.
- LAFFARGUE. — *Bordeaux chirurgical*, octobre 1930, p. 320.
- LAGET. — Tumeur de l'os iliaque et de la colonne vertébrale. (*Bulletin de la Soc. anatom. de Paris*, 1874, p. 826).
- LANDÉTA. — Enchondrome du bassin. (*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1861, p. 195).
- LECÈNE. — Précis de pathologie chirurgicale, 1928. (Tome I, p. 223).
- LECÈNE et LERICHE. — Thérapeutique chirurgicale. (Tome I, p. 437).
- LENORMANT et LECÈNE. — *Revue d'orthopédie*, 1906.
- LÉVY. — Contribution à la thérap. des cancers : le Néophage. (*Tuberculose et Cancer*, juin-juillet 1927, p. 19).
- MARSCHALL. — Tumeur du bassin osseux. (*American Journ. orth. surg.*, 1916, p. 346).
- MOLINIER. — Enchondrome du bassin. (*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1865, p. 550).
- MULLER. — La voie transpéritonéale dans les tumeurs du bassin. (*Archives für klin. chirurg.*, 1923, p. 233).
- NOVÈ-JOSSERAND et TAVERNIER. — Tumeurs malignes des os, 1927, p. 309.
- PAGELLO. — Mixochondroma mult. del ossa del main. (*Gazz. d'osp. Milano*, 1893, p. 691-694).
- PAPIN (F.). — Tumeur de l'os iliaque. (*Gaz. hebd. des sciences médicales de Bordeaux*, n° 6, mars 1927).

- PAPIN (F.). — *Bordeaux chirurgical*, oct. 1930, p. 323.
- PATEL. — Enchondrome du bassin. (Société de chirurgie de Lyon, 22 mai 1930).
- PATEL. — *Presse médicale*, n° 45, 7 juin 1930.
- PÉAN. — Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin. (Leçons de clinique chirurg., 1883-84).
- PIEDVACHE. — Tumeurs osseuses du bassin et de la colonne vertébrale. (*Bulletin de la Société anat. de Paris*, 1871, p. 270).
- PLANTORA. — Chondro-sarcome du bassin. (*Archives provinciales de chirurgie*, 1909, p. 657).
- ROCHER (H.-L.). — *Bordeaux chirurgical*, oct. 1930, p. 321-22.
- ROCHER (H.-L.). — Chondromatose ostéogénique associée à des dysplasies osseuses des fémurs et de l'humérus droit. (Société de pédiatrie, 20 janvier 1927).
- ROUSSEL. — Un cas de myxome du bassin. (Thèse, Paris, 1897-1898).
- ROUX. — Congrès français de chirurgie, 1888.
- TAVERNIER. — Ostéochondromes multiples du bassin et de la colonne vertébrale. (*Lyon chir.*, n° 3, 1922, p. 330).
- VILLENEUVE. — Tumeur du bassin. (*Marseille médical*, 1890, p. 510).
- VIRCHOW. — Anatomie pathologique, 1879.
- VIRCHOW. — Pathologie des tumeurs, t. I.
- WEBER. — Die exostosen und enchondrome in anatomischer und praktischer Beziehung. (Bonn, 1856).
- WITZEL. — *Archives für klinische chirurgie*. (Berlin, 1924, p. 88 à 95).
- ZELTNER. — Dissertation inaugurale. (Erlangen, 1898).



